

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům s OZP pro rok 2017

Oborová zdravotní pojišťovna 207 (OZP) v těchto dnech rozesílá soukromým poskytovatelům zdravotních služeb návrhy úhradových dodatků ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb pro rok 2017. K těmto dodatkům vydává Česká lékařská komora následující stanovisko, přičemž vzory úhradových dodatků, které byly hodnoceny, k tomuto stanovisku přikládáme ke stažení.

V první řadě je nutné ke všem níže uvedeným verzím uvést skutečnost, na kterou upozorňujeme v rámci hodnocení návrhů dodatků s OZP opakovaně. Jde o článek III. odstavec 7 a 8, kde se sjednává, že úhradové dodatky (nebo jakákoliv smluvní ujednání) mohou být uzavírány prostřednictvím datových schránek, aniž by byly stanoveny další podmínky platnosti smluvních ujednání, např. elektronický podpis druhé strany. Dále je sjednáváno, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, resp. po doručení do datové schránky. Je na zvážení každého poskytovatele, zda tyto podmínky je ochoten sjednat. Pokud se poskytovatel na uvedených bodech s OZP dohodne, souhlasí mimo jiné s tím, že doručované písemnosti budou považovány za doručené desátým dnem po doručení do datové schránky nebo desátým dnem po uložení na poště, i pokud se s jejich obsahem fakticky neseznámil. Tato podmínka není v soukromoprávních vztazích obecně zakotvena. Poskytovatel se tedy může rozhodnout, zda ji akceptujete, či nikoliv.

1) Ambulantní specialisté:

a) Verze A-LIM

Návrh dodatku v principu a ve svých základních parametrech odpovídá úhradové vyhlášce. Úhrada je limitována podle referenčního období, kdy OZP uhradí v roce 2017 na každého ošetřeného pojištěnce (vyjma těch, na které byl vykázán pouze výkon 09513) v průměru maximálně 1,04 násobek průměrné úhrady na URČ za výkony a ZUM a ZULP v roce 2015 (PUROo).

Limit úhrady v roce 2017:

Počet ošetřených pojištěnců v roce 2017 (vyjma těch, na které byl vykázán pouze výkon 09513) x průměrná úhrada na URČ za výkony včetně ZUM a ZULP v roce 2015 x 1,04

Výhodou oproti úhradové vyhlášce je vyšší index nárůstu limitu ve výpočtovém vzorci celkové výše úhrady – v úhradové vyhlášce je uvedena hodnota 1,035, v návrhu dodatku je pro všechny poskytovatele sjednávána hodnota 1,04. Oproti úhradové vyhlášce však ve vzorci výpočtu limitu celkové výše úhrady chybí navýšení úhrady při péči o mimořádně nákladné pojištěnce (pojištěnci, jejichž náklady na péči dosahují v roce 2017 pěti a vícenásobek referenční průměrné úhrady za výkony vč. ZUM a ZULP). V návrhu dodatku je v článku II. odst. 12 zakotven příslib OZP, že v individuálních případech zvláštního zřetele hodných může uznat námitky poskytovatele a úhradu navýšit nad sjednaný limit. Nejedná se však o závazek OZP k navýšení úhrady, nýbrž o příslib, že se OZP bude žádostí poskytovatele o navýšení úhrady zabývat. Formulace, že žádost je možné podat pouze v individuálních zvláštního zřetele hodných případech, evokuje předpoklad, že OZP žádosti o navýšení úhrady vyhová pouze ve výjimečných případech, přičemž kritéria, na základě kterých bude žádosti posuzovat, nejsou známa.

Plusem je bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK – další zvýšení indexu nárůstu ve výpočtovém vzorci celkové výše úhrady z 1,04 na 1,045.

Dalším pozitivem je, že výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Pozitivem dodatku je rovněž zkrácená lhůta pro vypořádání předběžných úhrad (do 120 dnů po skončení roku 2017) oproti úhradové vyhlášce, kde je zakotvena lhůta 150 dnů.

Je třeba upozornit, že návrh dodatku na rozdíl od úhradové vyhlášky nevyjímá z regulací péči o pojištěnce v odbornosti 305, 306, 308 a 309, kterým bylo nařízeno ochranné léčení.

Návrh dodatku obsahuje při zachování regulace úhrady dle referenčního období bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. **V tomto ohledu lze tedy podepsání dodatku doporučit.** Je však na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Zejména pokud jde o poskytovatele, kteří mohou mít v péči tzv. mimořádně nákladné pacienty nebo poskytovatele, kteří přijímají do péče pacienty, kterým bylo nařízeno ochranné léčení.

Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba uvést, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

Zejména poskytovatelům, kteří z návrhu úhradového dodatku nemohou dovodit, jak jim bude poskytnutá péče uhrazena (nově vzniklí poskytovatelé, kteří v referenčním období neexistovali nebo neměli úplné referenční období, nebo ti, kteří převzali praxi od svého kolegy podnikajícího jako OSVČ, u kterých je limit úhrady stanovován podle srovnatelných poskytovatelů - hodnota PÚROo a limit pro uplatnění regulací za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči), nebo těm, kteří vědí, že limit dle referenčního období je výrazně nižší, nežli skutečná nákladovost poskytované péče, doporučujeme podpis dodatku pečlivě zvážit. Rovněž u poskytovatelů, kteří pečují o pojištěnce, kterým bylo nařízeno ochranné léčení. Poskytovatelům, které je dle návrhu dodatku nebo úhradové vyhlášky zdravotní pojišťovna oprávněna regulovat dle srovnatelných poskytovatelů, doporučujeme podmínit podpis dodatku sdělením konkrétní hodnoty, která bude pro výpočet výsledné úhrady nebo regulace dle srovnatelných poskytovatelů použita. Tato hodnota by měla být součástí úhradového dodatku nebo sdělena jinou závaznou formou.

V případě, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2017 (vyhláška č. 348/2016 Sb.). Poskytovatel si v takovém případě ponechává plný argumentační prostor pro diskusi o konečné výši úhrady. Takový postup je na místě zejména u poskytovatelů, kteří nedokáží dopad regulací na své zařízení dopředu odhadnout (nová zařízení, převzatá zařízení, kdy zdravotní pojišťovna není ochotna postup při výpočtu dopředu konkretizovat).

b) Verze A-VÚ

Tato verze zakotvuje čistě výkonový způsob úhrady, přičemž základní hodnota bodu odpovídá úhradové vyhlášce (1,03 Kč).

S ohledem na charakter úhrady (výkonový způsob bez omezení) návrh dodatku neobsahuje regulační opatření. Z uvedeného důvodu není zřejmý význam článku II odst. 2 návrhu dodatku, který obsahuje pro v roce 2015 neexistující či nesmluvní poskytovatele výpočet celkové úhrady dle srovnatelných poskytovatelů. Nově vzniklý poskytovatel, kterému bude tato verze dodatku předložena, by měl vznést na OZP dotaz, zda bude hrazen podle výkonů, které sám v roce 2017 vykáže bez dalšího omezení, nebo zda bude při stanovení celkové úhrady porovnáván se srovnatelnými poskytovateli.

Zkrácena je lhůta pro poskytnutí konečného vyúčtování, oproti úhradové vyhlášce, kde je zakotven termín 150 dnů, návrh dodatku obsahuje lhůtu do 120 dnů od skončení roku 2017.

Mínusem je, že návrh neobsahuje žádnou bonifikaci pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK, což je však ve smyslu textu úhradové vyhlášky nenárokový bonus.

Návrh dodatku pro výkonovou úhradu garantuje výkonový způsob úhrady bez dalšího omezení s hodnotou bodu, kterou předpokládá úhradová vyhláška. Jeho výhodnost nebo nevýhodnost v porovnání s úhradovou vyhláškou však nelze jednoduše konstatovat, vzhledem k tomu, že není zřejmé, kterým poskytovatelům bude tento typ dodatku ze strany OZP předkládán. Úhradová vyhláška totiž také předjímá situace, kdy má být poskytovatel hrazen výkonově bez omezení, a to pokud v rámci jedné odbornosti ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně pojištěnců při minimálně 30 ordinačních hodinách týdně. Tito poskytovatelé mají být i dle vyhlášky hrazeni výkonově bez omezení s hodnotou bodu 1,03 Kč. Pro ně tedy nepředstavuje návrh dodatku oproti úhradové vyhlášce žádnou výhodu. Naopak, je třeba poukázat na nejasné ustanovení čl. II odst. 2 návrhu dodatku, které zmiňuje možnost regulace podle srovnatelných poskytovatelů, což je matoucí. Návrh dodatku by byl jednoznačně výhodnější nežli úhradová vyhláška po ty poskytovatele, kteří existovali v referenčním i hodnoceném období a v každém z těchto období ošetřili více než 50 pojištěnců.

2) Gynekologové:

a) Verze GYN-LIM

Návrh dodatku v principu a ve svých základních parametrech odpovídá úhradové vyhlášce.

Plusem jsou bonifikace obsažené v článku II. návrhu dodatku – rozsah ordinačních hodin, preventivní prohlídky, prenatální vyšetření a péče o těhotné pojištěnky, účast na celoživotním vzdělávání, certifikát ISO atd.

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Zkrácena je lhůta pro poskytnutí konečného vyúčtování. Oproti úhradové vyhlášce, kde je zakotven termín 150 dnů, návrh dodatku obsahuje lhůtu do 120 dnů od skončení roku 2017, což lze rovněž hodnotit pozitivně.

Upozorňujeme rovněž na článek II, odst. 7.6 a 11, kde je při splnění vymezených podmínek zakotven nárok poskytovatele požadovat po zdravotní pojišťovně zohlednění individuálních důvodů pro překročení

referenčních limitů a žádat o neuplatnění regulačních omezení (čl. II odst. 7.6), resp. navýšení úhrady (čl. II odst. 11).

Návrh dodatku obsahuje při zachování regulace úhrady dle referenčního období bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. **V tomto ohledu lze tedy podepsání dodatku doporučit.** Je však na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv.

Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba uvést, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

Zejména poskytovatelům, kteří z návrhu úhradového dodatku nemohou dovodit, jak jim bude poskytnutá péče uhrazena (nově vzniklí poskytovatelé, kteří v referenčním období neexistovali nebo neměli úplné referenční období, u kterých je limit úhrady stanovován podle srovnatelných poskytovatelů - hodnota PUROo a limit pro uplatnění regulací za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči), nebo těm, kteří vědí, že limit dle referenčního období je výrazně nižší, nežli skutečná nákladovost poskytované péče, doporučujeme podpis dodatku pečlivě zvážit. Poskytovatelům, které je dle návrhu dodatku nebo úhradové vyhlášky zdravotní pojišťovna oprávněna regulovat dle srovnatelných poskytovatelů, doporučujeme podmínit podpis dodatku sdělením konkrétní hodnoty, která bude pro výpočet výsledné úhrady nebo regulace dle srovnatelných poskytovatelů použita. Tato hodnota by měla být součástí úhradového dodatku nebo sdělena jinou závaznou formou.

V případě, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2017 (vyhláška č. 348/2016 Sb.). Poskytovatel si v takovém případě ponechává plný argumentační prostor pro diskusi o konečné výši úhrady. Takový postup je na místě zejména u poskytovatelů, kteří nedokáží dopad regulací na své zařízení dopředu odhadnout (nová zařízení, převzatá zařízení, kdy zdravotní pojišťovna není ochotna postup při výpočtu dopředu konkretizovat).

b) Verze GYN-VÚ

Tato verze zakotvuje čistě výkonový způsob úhrady, přičemž základní hodnota bodu odpovídá úhradové vyhlášce (1,08 Kč).

S ohledem na charakter úhrady návrh dodatku neobsahuje regulační opatření.

Plusem jsou bonifikace obsažené v článku II. návrhu dodatku – rozsah ordinačních hodin, preventivní prohlídky, prenatalní vyšetření a péče o těhotné pojištěnky, certifikát ISO ad.

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Zkrácena je lhůta pro poskytnutí konečného vyúčtování. Oproti úhradové vyhlášce, kde je zakotven termín 150 dnů, návrh dodatku obsahuje lhůtu do 120 dnů od skončení roku 2017, což lze rovněž hodnotit pozitivně.

Návrh dodatku pro výkonovou úhradu garantuje stejnou hodnotu bodu jako úhradová vyhláška, přičemž jsou v něm zachovány bonifikace, které pro gynekology garantuje také verze GYN-LIM. **V tomto ohledu lze tedy podepsání dodatku poskytovateli, který akceptuje výkonovou úhradu, doporučit.**

Je však třeba doplnit, že je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv, a to zejména s ohledem na ekonomické a další parametry své praxe. Tato úvaha se týká nejen obsahu samotného dodatku, ale také principu úhrady, tj. zda poskytovatel bude hrazen výkonově nebo kombinovaně kapitačně-výkonovou platbou.

Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba doplnit, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech. V případě, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2017 (vyhláška č. 348/2016 Sb.).

3) Praktičtí lékaři:

a) Verze KAP-PL

Návrh dodatku obsahuje kombinovanou kapitačně výkonovou platbu, tak, jak ji zakotvuje úhradová vyhláška, a v principu a ve svých základních parametrech odpovídá úhradové vyhlášce.

Návrh obsahuje bonifikace ke kapitační platbě v příloze č. 1 část I. a II. – bonifikace na základě nákladovosti poskytovaných služeb (vyhodnocuje OZP, viz část I. přílohy č. 1 návrhu dodatku) + bonifikace za účast na celoživotním vzdělávání, akreditaci, fyzickou přítomnost školenice, preventivní prohlídky apod. (viz část II. přílohy č. 1 návrhu dodatku).

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Zkrácena je lhůta pro poskytnutí konečného vyúčtování, oproti úhradové vyhlášce, kde je zakotven termín 150 dnů, návrh dodatku obsahuje lhůtu do 120 dnů od skončení roku 2017, což lze rovněž hodnotit pozitivně.

Upozorňujeme na čl. II odst. 4, ve kterém se sjednává, že péče poskytnutá neregistrovaným pojištěncům se považuje za nepravdivé služby, přičemž nepravdivé služby OZP uhradí pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem.

V čl. II odst. 5 jsou nově upraveny termíny splatnosti dohodnuté ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Upozorňujeme rovněž na čl. II odst. 8, kde se sjednává, že poskytovatel je povinen předložit doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, kterého se změny týkají. Doklady předložené později nebudou důvodem pro přepočítání výše kapitační platby.

Dále upozorňujeme na čl. II. odst. 9, ve kterém se sjednává, že poskytovatel ztrácí v příslušném měsíci nárok na úhradu kapitační platbou, pokud přerušil poskytování hrazených služeb na dobu delší, nežli 3 pracovní dny bez zajištění péče pro své pojištěnce v jiném dostupném zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele. Toto zajištění je poskytovatel povinen průkazně doložit. Přerušování poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 3 pracovní dny je poskytovatel povinen písemně oznámit OZP a dát na vědomí pojištěncům.

Zatupující poskytovatel nemůže vykazovat péči poskytnutou v rámci zástupu, pokud tak učiní, OZP tuto péči neuhradí.

Nad rámec úhradové vyhlášky a seznamu zdravotních výkonů jsou upravena pravidla úhrady hrazeného očkování v čl. II odst. 10.12. Doporučujeme všem poskytovatelům, aby se před podpisem dodatku s Metodikou pro provádění pravidelných očkování seznámili.

V čl. II. odst. 10.8. se poskytovatel zavazuje neposkytovat informace o způsobu výpočtu úhrady a hodnocení nákladovosti, které jsou v dodatku sjednány, třetím osobám bez písemného svolení OZP. Důvod navrhovaného ustanovení není zřejmý. S ohledem na skutečnost, že OZP je subjektem hospodařícím s veřejnými prostředky a způsob stanovování úhrady by měl být transparentní, se jeví tato podmínka jako právně sporná, a to i s ohledem na skutečnost, že dodatky o úhradě podléhají zveřejnění. Z uvedeného důvodu se smluvně sjednaná mlčenlivost nemůže vztahovat na zveřejněný text dodatku.

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. **V tomto ohledu lze tedy podepsání dodatku doporučit.**

Je nicméně na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Na zvážení jsou zejména výše uvedená ustanovení zakotvující podmínky úhrady nad rámec sjednané smlouvy i seznamu zdravotních výkonů, resp. zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se úhrady péče neregistrovaným pojištěncům nebo odmítnutí úhrady kapitační platby při přerušení péče bez zajištění zástupu. Dodatek lze doporučit k podpisu, pokud profit z bonifikací "předčí" rizika dalších ujednání, na která upozorňujeme shora.

Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Pokud však poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Úhradu stanovenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech. V případě, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2017 (vyhláška č. 348/2016 Sb.).

b) Verze PL-VÚ

Návrh dodatku obsahuje čistě výkonovou platbu, kdy příslušné hodnoty bodu odpovídají úhradové vyhlášce.

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Zkrácena je lhůta pro poskytnutí konečného vyúčtování, oproti úhradové vyhlášce, kde je zakotven termín 150 dnů, návrh dodatku obsahuje lhůtu do 120 dnů od skončení roku 2017.

Upozorňujeme na článek II. odst. 5, ve kterém se sjednává, že péče poskytnutá neregistrovaným pojištěncům se považuje za nepravidelné služby, přičemž nepravidelné služby OZP uhradí pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem.

V článku II. odst. 7 jsou nově upraveny termíny splatnosti dohodnuté ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Upozorňujeme rovněž na článek II. odst. 9, kde se sjednává, že poskytovatel je povinen předložit doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, kterého se změny týkají. Doklady předložené později nebudou důvodem pro přepočítání výše kapitační platby.

Zde lze obtížně poskytnout stanovisko, zda tuto verzi dodatku obecně doporučit k podpisu či nikoliv.

Návrh dodatku zakotvuje stejnou hodnotu bodu jako úhradová vyhláška. Je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv, zejména s ohledem na ekonomické a další parametry své praxe, tedy zda je pro poskytovatele v konkrétním případě výhodnější výkonová platba oproti klasické kombinované kapitačně výkonové platbě, kterou předpokládá úhradová vyhláška. Jde o vysoce individuální záležitost každého poskytovatele.

Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba doplnit, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

V případě, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2017 (vyhláška č. 348/2016 Sb.). Poskytovatel si v takovém případě ponechává plný argumentační prostor pro diskusi o konečné výši úhrady. Takový postup je na místě

zejména u poskytovatelů, kteří nedokáží dopad regulací na své zařízení dopředu odhadnout (nové zařízení, převzaté zařízení atd.).

4) Praktičtí lékaři pro děti a dorost:

Zde OZP poskytla k dispozici toliko verzi KAP-PLDD, tedy návrh dodatku, který obsahuje kombinovanou kapitačně výkonovou platbu, tak, jak ji zakotvuje úhradová vyhláška, a v principu a ve svých základních parametrech odpovídá úhradové vyhlášce.

Návrh obsahuje bonifikace ke kapitační platbě v příloze č. 1 část I. a II. – bonifikace na základě nákladovosti poskytovaných služeb (vyhodnocuje OZP, viz část I. přílohy č. 1 návrhu dodatku) + bonifikace za účast na celoživotním vzdělávání, akreditaci, fyzickou přítomnost školenice, preventivní prohlídky apod. (viz část II. přílohy č. 1 návrhu dodatku).

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Zkrácena je lhůta pro poskytnutí konečného vyúčtování, oproti úhradové vyhlášce, kde je zakotven termín 150 dnů, návrh dodatku obsahuje lhůtu do 120 dnů od skončení roku 2017, což lze rovněž hodnotit pozitivně.

Upozorňujeme na článek II. odst. 4, ve kterém se sjednává, že péče poskytnutá neregistrovaným pojištěncům se považuje za nepravdivé služby, přičemž nepravdivé služby OZP uhradí pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem.

V článku II. odst. 5 jsou nově upraveny termíny splatnosti dohodnuté ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Upozorňujeme rovněž na článek II. odst. 8, kde se sjednává, že poskytovatel je povinen předložit doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, kterého se změny týkají. Doklady předložené později nebudou důvodem pro přepočítání výše kapitační platby.

Dále upozorňujeme na článek II. odst. 9, ve kterém se sjednává, že poskytovatel ztrácí v příslušném měsíci

nárok na úhradu kapitační platbou, pokud přerušil poskytování hrazených služeb na dobu delší, nežli 3 pracovní dny bez zajištění péče pro své pojištěnce v jiném dostupném zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele. Toto zajištění je poskytovatel povinen průkazně doložit. Přerušeni poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 3 pracovní dny je poskytovatel povinen písemně oznámit OZP a dát na vědomí pojištěncům. Zatupující poskytovatel nemůže vykazovat péči poskytnutou v rámci zástupu, pokud tak učiní, OZP tuto péči neuhradí. Toto ujednání jde nad rámec seznamu zdravotních výkonů i smlouvy.

Nad rámec úhradové vyhlášky a seznamu zdravotních výkonů jsou upravena pravidla úhrady hrazeného očkování v čl. II odst. 10.11. Doporučujeme všem poskytovatelům, aby se před podpisem dodatku s Metodikou pro provádění pravidelných očkování seznámili.

V článku II. odst. 10.7. se poskytovatel zavazuje neposkytovat informace o způsobu výpočtu úhrady a hodnocení nákladovosti, které jsou v dodatku sjednány, třetím osobám bez písemného svolení OZP. Důvod navrhovaného ustanovení není zřejmý. S ohledem na skutečnost, že OZP je subjektem hospodařícím s veřejnými prostředky a způsob stanovování úhrady by měl být transparentní, se jeví tato podmínka jako právně sporná, a to i s ohledem na skutečnost, že dodatky o úhradě podléhají zveřejnění. Z uvedeného důvodu se smluvně sjednaná mlčenlivost nemůže vztahovat na zveřejněný text dodatku.

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. **V tomto ohledu lze tedy podepsání dodatku doporučit.**

Je nicméně na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Na zvážení jsou zejména výše uvedená ustanovení zakotvující podmínky úhrady nad rámec sjednané smlouvy i seznamu zdravotních výkonů, resp. zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se úhrady péče neregistrovaným pojištěncům nebo odmítnutí úhrady kapitační platby při přerušení péče bez zajištění zástupu. Dodatek lze doporučit k podpisu, pokud profit z bonifikací "předčí" rizika dalších ujednání, na která upozorňujeme shora.

Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Pokud však poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Úhradu stanovenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech. V případě, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2017 (vyhláška č. 348/2016 Sb.).

MUDr. Milan Kubek - prezident ČLK